

平成29年度第1回球磨地域医療構想調整会議 議事録

【日 時】平成29年8月9日(水)午後7時00分～9時00分

【場 所】球磨地域振興局2階大会議室

【出席者】

<委員> 18人

岐部委員、外山委員、山村委員、権藤委員、山田委員、東委員、友永委員、
渡辺委員、村上委員、花田委員、向江委員、村田委員、中西委員、木村委員、
大島委員、西田委員、緒方委員、井川委員

<熊本県医療政策課> 1人

阿南課長補佐

<傍聴> 2名

熊本県医師会職員、人吉市役所職員

<報道> 1名

熊本日日新聞

<熊本県人吉保健所> 5人

緒方所長、西山次長、塚原総務福祉課長、大丸参事、松村主任技師

開会

開会

【事務局】

ただ今から、第1回球磨地域医療構想調整会議を開催します。人吉保健所の西山でございます。よろしくお願いいたします。

まず、資料の確認を致します。資料については、委員の皆様には事前に郵送で資料をお送りしておりますが、本日お持ちでない場合は職員にお知らせください。本日追加でお配りしておりますのは、・出席者名簿 ・配席図 ・設置要綱 ・資料2(データ差し替え後)・球磨構想区域における医療機能ごとの病床の状況(県HP) ・熊本県地域医療構想の冊子 です。不足はございませんでしょうか。不足がありましたら、お知らせください。

なお、本日の会議は、審議会等の会議の公開に関する指針に基づき公開とし、傍聴は、会場の都合により10名までとしています。

また、会議の概要等については、後日、県のホームページに掲載し、公開する予定としています。

それでは、開会にあたり、人吉保健所長の緒方から御挨拶申し上げます。

挨拶

【緒方人吉保健所長】

皆様こんばんは。人吉保健所の緒方でございます。本日は御多忙の中、第1回球磨地域医療構想調整会議に御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

本県の地域医療構想につきましては、平成27年から丸2年をかけまして、県全体の地域医療構想検討専門委員会、そして、各地域の専門部会におきまして、様々な御意見・御提案を賜り、おかげをもちまして、本年3月末に策定をしたところでございます。

この構想を踏まえて、これからは具体的な取組みを進めていくこととなります。構想の推進は、各医療機関による自主的な取組みが前提となりますが、医療法に基づき設置される調整会議において、関係者が必要な協議を重ねながら、合意形成を図っていくことが重要でありまして、調整会議の大きな役割の一つとなっております。

これまで、策定段階で協議を行ってきました体制と同様に、調整会議を全県単位、また、構想区域単位の2段階構えで設置するようにいたしておりまして、県の調整会議会につきましては、6月30日に開催したところでございます。

本日の委員の構成につきましても、専門部会の構成をそのまま踏襲させていただくというかたちをとっております。引き続き、御理解と御協力をよろしくお願い致します。

今後は、調整会議での協議を通じ、構想に掲げました目指す姿であります、将来の目指すべき医療提供体制の実現に向けしっかりと取り組んで参りたいと考えております。

本日は5つの議題を予定しております。

まず、議題の1と2につきましては、調整会議の議長などの組織や運営に関することとなります。

議題の3につきましては、前年度の病床機能報告の結果に関するものでございます。

議題の4と5につきましては、地域医療構想の推進に係る大事な財源となっております地域医療介護総合確保基金について、今年度と来年度の事業の概要や募集に係る方針や、回復期への機能転換施設整備事業などについて、説明をさせていただく予定でございます。

限られた時間ではございますが、忌憚のない御意見をいただきたいと思っております。どうぞよろしくお願い致します。

【事務局（西山次長）】

委員の皆様の御紹介につきましては、時間の都合上、お手元の名簿に代えさせていただきますが、一部新しく交代された委員の皆様がいらっしゃいますので御紹介します。

まず、委員の訂正がございまして、No. 11に記載しております向江（むかえ）委員について、事前に配布しておりました名簿の役職が間違えておりました。球磨郡歯科医師会 理事と記載しておりましたが、正しくは、球磨郡歯科医師会 会長です。大変失礼いたしました。

新たに委員になられた方々につきましては、出席者名簿No. 10 人吉市歯科医師会の花田 雅弘（はなだ まさひろ）委員です。

同じくNo. 13 公益社団法人 熊本県看護協会 人吉・球磨支部の中西 博子（なかにし ひろこ）委員です。

同じくNo. 20 熊本県保険者協議会の井川 博義（いかわ ひろよし）委員です。

なお、No. 18 人吉市長、No. 19 球磨郡町村会長につきましては、本日御欠席でございます。

議事

1 議長・副議長の選出について

【事務局】

本日の一つ目の議題でございまして、本会議の議長及び副議長の選出に入らせていただきます。

これにつきましては、事務局から御提案申し上げます。

議長、副議長の選出についてですが、将来の医療提供体制のあり方に係る構想であること、また、球磨地域医療構想策定に当たり、専門部会として平成27年8月から計4回の協議を行っていただきましたが、その際には専門部会の会長を人吉市医師会の岐部会長に、副会長を球磨郡医師会の山村会長にお願いしておりました。

こういった経緯を踏まえ、調整会議の議長には引き続き岐部会長に、また、副議長は山村会長にお願いしたいと思っておりますがいかがでしょうか。

委員了承

ありがとうございます。それでは、設置要綱に基づき、この後の議事の進行を岐部議長にお願いしたいと思います。よろしくお願い致します。

【岐部議長】

皆さんこんばんは。お忙しい中に御出席ありがとうございます。平成27年から協議を続けてきた地域医療構想については、足掛け3年にわたり協議を行い、途中で熊本地震がありましたけれども、今年3月に無事に策定されました。

今年度からは、医療法に基づく協議の場である、この地域医療構想調整会議において、関係者間の相互による必要な協議を行い、構想を推進することになります。

みなさん、20人の委員は決定する権限を持っていますから、この地域の住民の幸せを考えて、忌憚のない大局的な意見をよろしくお願い致します。

それでは、お手元の次第に沿って議事を進めます。

本日のその他の議題は、次第の2から5までございます。

まずは議題2の地域医療構想調整会議の運営について、事務局から説明をお願いします。

2 地域医療構想調整会議の運営について 資料1

【事務局】

皆様こんばんは。人吉保健所総務福祉課の松村と申します。議題2の地域医療構想調整会議の運営について説明します。

資料1を10分程度で説明させていただきますので、よろしくお願い致します。

スライド2をお願いします。

この地域医療構想調整会議、略して調整会議は、設置要綱にも記載しているとおり、医療法第30条の14の規定に基づき県が設置する協議の場となります。

また、所長の挨拶にもありましたとおり、本県では、県全体と構想区域毎の計11の調整会議を設置します。

スライド3をお願いします。

県調整会議と地域調整会議の役割として、それぞれの議事項目を整理したのがこちらの表です。

大きな区分けとして、県調整会議で制度設計等の全体の方向性に関する協議を、地域調整会議で構想区域ごとの具体的な協議、特に、の将来の提供体制構築のための方向性共有については各医療機関の役割明確化、の回復期病床への機能転換施設整備事業については申請案件の適否を協議いただきたいと思いますと考えています。

なお、各医療機関の役割明確化についてはスライド6で、回復期病床への機能転換については議題5で詳細を説明します。

スライド4をお願いします。

調整会議の運営方針を設定したいと思います。

一つめが、地域医療構想の達成を推進するため、関係者が合意形成に向けた協議を行うこと、二つめとして、この協議にあたっては、まず、(1)のとおり、必要に応じ、関係医療機関に参加を求め、としています。この関係医療機関については、先程スライドで説明した地域調整会議での各医療機関の役割明確化や「回復期転換事業に係る適否」等の協議に係る医療機関を想定しています。

また、(2)のとおり、在宅医療の推進及び医療・介護連携に係る会議である県在宅医療連携体制検討協議会及び在宅医療連携体制検討地域会議との情報共有を進めて参ります。

なお、これら在宅医療推進に係る会議の概要をスライド11にお示ししていますので、

後程、御参考としてください。

スライド5をお願いします。

今年度の調整会議のスケジュールですが、本日の第1回県調整会議をキックオフとして、下の段の地域調整会議について、第1回を7月から8月、第2回を10月に開催し、その結果報告等を2月の第2回県調整会議で行い、3月の第3回地域調整会議につなげていく、また、この間、在宅医療推進の会議と相互に情報を共有するというサイクルで進めて参ります。

スライド6をお願いします。

スライド3でお示した地域調整会議における各医療機関の役割明確化について、説明します。

現在、厚生労働省の地域医療構想に関するワーキンググループで地域医療構想の実現プロセスや議論の進め方について検討が進められています。実現プロセスについてスライド13に掲載していますので、詳細は後程に御参考いただきたいと思います。まず、政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る、とされています。

これに沿って、本県でも、政策医療を担う中心的な医療機関の役割について地域調整会議で協議いただくこととし、協議対象となる医療機関については、地域医療構想の第5章 構想区域ごとの状況に記載する図表59の各構想区域の5疾病に係る拠点病院及び地域医療支援病院、図表60各構想区域の5事業に係る拠点病院を基に、区域ごとの実情に応じて各地域調整会議で決定いただきたいと思います。

具体的な医療機関につきましては、スライド7に当構想区域の図表59、60を示しております。

なお、役割の明確化に当たっての取り扱いについては、厚労省から確定した内容の正式通知等を踏まえて運用していくこととしたいと考えていますが、区域ごとの実情に応じて、任意の方法により進めていただくことも可能と考えています。

スライド8をお願いします。

(2)として、過剰な病床機能への転換を予定する医療機関は、地域調整会議で協議を行うとしています。

これは、構想P229にも記載している医療法第30条の15に基づく取扱いですが、医療法では、過剰について、病床機能報告の基準日である当該年度の7月1日時点と、基準日後である6年後の病床機能が異なる場合であって、基準日後の病床数が厚生労働省令の算定式に基づく2025年の病床数の必要量にすでに達している場合と規定されています。

この後のスライドで具体的な事例を御紹介しますが、そうした転換を予定する医療機関は、地域調整会議で転換する理由等を説明いただき、協議が調ったときは転換が認められ、やむを得ない事情がないとして協議が調わないときは、県は医療審議会の意見を聴いて対応を判断することとしています。

なお、地域調整会議で協議が調ったときとは、出席者の過半数が同意したときを目安としています。この決め方についても地域調整会議で決定いただきたいと思います。

スライド9をお願いします。

過剰に関する事例1として、病床機能報告のケースを挙げています。

上の枠囲みのおり、架空のX構想区域において、直近、この場合は今年度の病床機能報告における基準日後の報告病床数が2025年の病床数の必要量との比較で、高度急性期、急性期及び慢性期では過剰、回復期では不足の状況の場合を想定します。

Y病院の報告が、のとおりに今年度、すなわち基準日の機能が高度急性期、基準日後の6年後が同じ高度急性期であれば、医療法上の対応は生じませんが、のとおりに、基

準日が高度急性期、基準日後が急性期であれば、先程説明した医療法上の対応が生じることとなります。ただし、病床機能報告の結果が国から県に提供されるのが年度末になりますので、地域調整会議での協議は来年度の30年度になると考えています。

スライド10をお願いします。

事例2として、病床の種別変更の許可申請のケースを挙げています。

想定は先程の事例1と同じで、このX構想区域内のZ病院が一般病床を50床、療養病床を20床保有し、病床機能報告では急性期20床、回復期30床、慢性期20床と報告されていたものが、療養病床20床のうちの10床を一般病床に種別変更し、病床機能についてもこの10床分を慢性期から急性期に変更するという計画である場合、想定上、急性期は過剰ですので、こうした場合はこの7月以降に開催する地域調整会議で当該医療機関に出席いただき、協議を行っていただきたいと思っております。

説明は以上です。ここで改めて御意見をいただきたい点がございまして。

まず、1点目がスライド6にありました政策医療を担う中心的な医療機関についてです。当構想区域の協議対象とする医療機関は、スライド7にある医療機関のとおりでよろしいかというものです。

2点目がスライド8にありました協議を調ったとする場合の議決方法です。目安として過半数と示しておりますが、いかがでしょうか。

以上2点について御意見をいただき、可能であれば決定いただくようお願いします。

【岐部議長】

御説明ありがとうございました。事務局から説明がありましたとおり、当協議会で決定するのがスライド7ですね。

政策医療を担う先進的な医療機関の選定ということで、人吉医療センターや公立多良木病院などが記載されておりますが、今回なぜ選定されていない医療機関があるかなど、御意見はいかがでしょう。

【向江委員】

そもそもの政策医療の定義を教えてください。

【阿南課長補佐】

医療政策課の阿南と申します。政策医療の定義については、幅広いです。例えば、今回の熊本地震における厚生労働省の災害復旧費補助金の場合、民間医療機関であれば政策医療を担っているということで、在宅医療を担っているとか、休日夜間の診療を行っている等があります。地域医療構想における政策医療の中心的な役割について、厚労省の定義づけとしては最後の13ページのステップ1の所にをつけておりますが、救急医療や小児・周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図るとされております。このため、本県では、政策医療を医療計画における5疾病5事業の拠点病院を定義してはどうか、例えば、がん診療連携拠点病院、脳卒中急性期拠点病院、急性心筋梗塞急性期拠点病院、地域医療支援病院、二次救急、地域災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域周産期中核病院、小児救急医療拠点病院など、こうした医療機関を政策医療を担う中心的な医療機関として位置づけてはいかがでしょうか、ということで提案しております。

【東委員】

政策医療を担う中心的な医療機関は、現時点でということ考えてよろしいですか。将来的な医療情勢の変化とか、ずっと将来を制約するものではないということですか。

【阿南課長補佐】

そのとおりです。現時点では医療計画上、この構想区域で拠点病院として示されているのはこの4病院のみです。当然ながら増減も考えられますので、その際は改めて指定

する形になります。

ちなみに政策医療を担う中心的な医療機関について、どのようなことを求められるかということも補足説明いたします。例えば公立病院であれば、公立病院改革プランというものをお作りになっていますし、他にも地域医療機能推進機構である人吉医療センターについては、国から地域医療機能推進機構の理事長宛てに、公的医療機関等2025プランというのを作っていただきたいという要請がされているようです。そういった中心的な役割を担う医療機関が、この調整会議で将来的な展望を示していただくことで、役割明確化を図ることとなり、これにつながる医療機関、連携する病院・診療所が自らの役割・地域における位置づけを考える際に役立つものということになります。まずは中心的な医療機関が、スタンスを示していただくということです。

【岐部議長】

他に意見があるはいらっしゃいませんか。

「特になし」の声

異議がないようですので、決定ということによろしいですね。

それからもう一つは、調整会議の合意のあり方についてです。これはこの間、県の会議でも出席者が非常に少ない場合の対応について質疑がありましたが、今回のように80～90%以上の出席であれば出席者の過半数で良いと思いますが、どうでしょうか。

【阿南課長補佐】

補足を加えさせていただきます。先ほど岐部議長がおっしゃった県の会議というのは、県医師会主催の地域医師会の会長や地域医療構想担当理事が集まった会議で出た意見です。他の地域において、4人しか来なかった場合に2人いればOKというのはおかしいのではないかということになり、構成メンバーの過半数という決め方にしましょうということになりました。実際は、そうなるような日程の取り方はしないと思いますが、八代区域でもそのような決定がされた経緯もありました。日程調整を保健所が行いますので、そういう問題はないかもしれませんが、そういう決め方をされても良いのではないかと、思います。又は、委任状を出して、その上で過半数とするなども検討としていかがでしょうか。

【山田委員】

この会議は大変重要ですが、会議の成立要件というのは、設置要綱にはないんですか。

【阿南課長補佐】

今のところはありません。設けた方が良ければ規定することになるのでしょうか、定足数が通常は2/3以上という例もありますので、そういった決め方をされても結構です。

【岐部議長】

委任状を出してもらおうという方法もあるんですね。出席者じゃなくて、委員の過半数とするパターン、委任状があれば従うという方法もある。それで良いですか？

「異議なし」の声

では委員の過半数ということにしましょうか。みなさん極力出席いただきますようお願いいたします。議題2についてはよろしいでしょうか。

【山田委員】

スライド9について、病床機能報告において病床機能を替える場合で、過剰な病床機能に転換する場合は調整会議で協議を行うとあります。スライド10は、病床の種別ごとの許可申請とありますが、それについては分かるんですが、9の場合です。例えば、極端な事を言うと、回復期が過剰になる場合、回復期に行くことを止めることができる

のでしょうか。実態として患者さんの状況によって、回復期を担うことにはなりますが、そういった患者さんを受けるといふことなのではないでしょうか。

【阿南課長補佐】

あくまでも医療法上のルールでこういう手続きを取らせていただくことにはなります、機械的な算定で、当該病床機能が過剰かどうかを判断する目安として、今回基準として使わざるを得ないということです。次の資料に出てきますが、当球磨地域においては、平成28年の病床機能報告上、回復期においても6年後時点では病床数の必要量を超えるような結果となっており、過剰な状況となります。新たに回復期にするとした場合、この会議に出席いただいて、自分の医療機関の状況、環境の変化等をしっかり説明いただいたうえで転換したいということになりますので、理屈があれば、本調整会議の皆さま方の協議により、認めることとなります。認めないことができるのかということ、その理屈では弱いという判断を本調整会議の皆様方がされればそうなります。基本的には、この会議で転換したい医療機関の説明に合理性があるかどうかということを確認できれば、転換ができます。

【山田委員】

理屈は分かります。病床機能報告について、あくまでも今、回復期病床としての機能を持っていると報告した場合でも、それを取りまとめた時に過剰になっているという場合、病床機能報告の時点でその機能は果たしているの、その機能を止めなさいということになりますか。

【阿南課長補佐】

あくまでも、今後、当該医療機関が、将来的に転換しようとしている場合に、その時点では過剰という状況にあるため、転換の理由について御説明をお願いしますということです。既に回復期を担っている医療機関に辞めなさい、という話ではなく、今は回復期以外の病床機能を担っている医療機関が回復期を担おうという場合となります。今後のことです。

【山田委員】

病床機能報告は、あくまでも今の診療報酬上の、例えば地域包括ケア病棟だと、結果として慢性期で報告している病床が、急性期的や回復期的な機能を示唆してきた場合に過剰ということになります、転換してはいけないということになります。高度急性期、急性期、回復期、慢性期等の物差しが、皆さん受け取り方がバラバラで、スライド10のように、変更等の許可申請については診療報酬の物差しのようなものがないので、スライド9みたいなことが果たしてできるのかなと思います。

【阿南課長補佐】

折角ですので、状況をお伝えします。地域医療構想の冊子42ページをお願いします。山田先生の説明の補足として、何が難しいかということを理解していただくために解説いたします。

42ページに、病床機能報告制度についての項目の、図表43がございます。先ほど山田先生から話があったのは、種別変更の一般病床と療養病床というのは保健所、県が許可することなので分かりやすいです。機能選択については、図表43のとおり高度急性期、急性期、回復期等の文言がありますが、特に回復期で留意しないといけないことは、リハビリテーションをしていなければならない、ということは書かれていません。急性期を経過した患者が在宅へ移行するための医療を提供する場合にも回復期と見なすとあるのでそこは難しい点です。ただ、この文言は、病床機能報告が始まった3年前と変わっていません。毎年、病院や有床診療所には、基準日と、6年後の基準日後の姿という2つを選択していただきます。参考までに2025年の姿の選択もありますが、これは任意報告となっています。病床機能報告で、基準日は慢性期で、6年後は回復期と

いう場合が出てくるということです。回復期をやるという場合に、リハビリテーションを持つ、施設整備を行う、人員を揃えるといった要件がないので、気が付いたら回復期が増えた、という場合はどうしたら良いか、という御指摘だと思います。回復期が増えてきたので、来年の病床機能報告では今までは慢性期だったのが、今後は回復期に転換するという明確な方針が出てきた場合、こういった理由ですので認めてください、と調整会議で協議することになります。患者像がどんどん変わってきたということも理由となると思いますので、そういったことを数値的なデータで示し、その上で協議することになります。その前段で、医師会等で事前協議をしていただければ、協議がスムーズにいくと思うので、そのあたりの御理解・御協力をお願いしたいところです。

【東委員】

厚生局の申請とは全く関係しないと理解していますが、10ページの一例の種別変更には、厚生局が関係しているんですか。

【阿南課長補佐】

種別変更は、一般病床と療養病床の区分となるので、厚生局ではなく、保健所の管轄となります。この表で注意が必要なのは、今一般病床50床と療養病床を20床持っている場合で、療養病床、特に介護療養病床については今年度末で廃止、そして6年経過措置がある点です。厚労省の狙いとしては、今度新しくできる、介護医療院等に転換をお願いしますというメッセージが込められているのですが、パターンとしてはもう一つあります。介護型をやめて、医療型の一般病床にいくという選択肢も出てきます。一般病床に変更する場合、そこで機能が転換するかどうかというのは病床機能報告制度の話になり、先生たちの判断となります。一般病床にいても自分たちはまだ慢性期をまだやり続けるという場合、問題は出てきませんが、一般病床への種別変更と同時に慢性期から回復期等へ病床機能を転換する場合は、その先の機能が過剰であれば、その理由を本調整会議の場で御説明くださいという趣旨です。

【東委員】

回復期機能の病院が足りないということについて、県医師会で意見を聞きましたが、療養病床のまま回復期の取り扱いをする、というときは種別変更に当たるので、自分が宣言するだけでは駄目ですか。

【阿南課長補佐】

回復期については一般病床と療養病床の区別はありません。ただ、療養病床を選択されている先生方は、資料2で出てきますが、慢性期を選択されている先生が多いという事実があります。療養病床のまま回復期が選択できないかと言うと、できないわけではありません。

【東委員】

でも種別変更が必要ではないでしょうか。

【阿南課長補佐】

種別変更しなくても結構です。ただ、療養病床の場合は、一般的には慢性期の報告が多いということです。全国でも同じ傾向です。球磨の選択状況については資料が出てきますので、御確認いただきたいと思います。ただ、病床機能選択と特定入院料と必ずしも結びつくものではありません。病床機能報告制度には、いわゆる療養病床だったら、慢性期が適当だという表記はあります。例えば、回復リハ病棟を取られている先生は、回復期を選択することが適当ということにはなっていますが、療養病床で回復期をしたのなら種別変更しなければならないというルールはありません。

ただ、いろいろ考えて目指す回復期が療養病床ではだめだ、一般病床でなければ、という意見があれば、一般病床を選択するという選択肢もあります。具体的なことは保健所と御相談いただければと思います。

仮定の話でありますので、想定してお答えしたということで御理解いただきたいと思
います。

【岐部議長】

診療報酬には反映されないわけですが、報告なので。設備とかOTとかPTとかソーシ
ャルワーカーとかを増やしてとかの条件ではなくて、ただ報告ということです。

【阿南課長補佐】

そういうことです。先ほどのページのとおり、定義に当たれば、回復期で良いと思
います。どのような医療を目指すのか、どのような医療にニーズがあるのかを踏まえての
供給だと思うので、ここに力を入れたいということでOT等専門職なしの回復期もあり
ということです。自分たちはこのような患者を受け入れるんだという整理をされた
方が良いと思います。

【岐部議長】

なかなか議論は尽きませんが、また最後にお話しいただければと思います。
次に、議題3について、事務局から説明をお願いします。

3 平成28年度病床機能報告結果について 資料2

【事務局】

引き続き松村から説明します。議題3の平成28年度病床機能報告結果について説明
します。

病床機能報告はその年の基準日、7月1日時点で一般病床・療養病床を有する病院・
診療所を対象として、基準日の病床機能別の病床数や基準日後、6年後の病床機能の予
定等を御報告いただくものです。

それでは、資料2を7分半程度で説明させていただきますのでよろしくお願いします。

まず、1ページをご覧ください。概要及び球磨圏域の詳細の説明に先立ち、病床機能
報告に係るデータ共有のねらいについて御説明します。

地域医療構想調整会議では、病床機能報告の結果をはじめとする各種データ等により、
各構想区域において不足する病床機能の把握や、医療提供体制の構築に向けた進捗状況
の確認を進めていきます。

各医療機関におかれましては、これらのデータ等を御参考いただき、地域における自
院の相対的位置付けを把握された上で、病床の機能分化等の自主的な取り組みを進めて
いただきますよう、お願いします。

なお、ページ中ほどの表に、回答を得た医療機関をまとめております。報告対象の487
医療機関に対し、現在までに484医療機関に報告をいただいております、回答率は99.3%と
なっております。

球磨圏域の対象医療機関数は29機関で、回答率は100%でした。

それでは、球磨圏域の詳細について説明いたします。51ページをお開き下さい。

熊本県全体の概要については2ページ以降に掲載されておりますが、球磨圏域の状況
に、口頭で付け加えながら説明します。

51ページの1 平成28年度病床機能報告における報告状況についての(1)には、
基準日における許可病床数に関するデータが掲載されております。許可病床数に対する
稼働病床数の割合は、回復期が93.3%で一番低く、高度急性期は100%でした。

(2)の表には、病床稼働率 平均在院日数が示されております。

病床稼働率については、慢性期病床が89.6%で最も高く、最も低いのは高度急性
期で59.4%でした。当区域では、高度急性期と急性期の稼働率が低く、回復期や慢
性期の稼働率が高いという傾向が出ております。

また、表の下に、参考として厚労省令の病床数の必要量算定式に用いる病床稼働率を記載しておりますが、それと比べると、全ての病床機能について下回っております。

一方、県計の病床稼働率は、急性期が72.1%と一番低く、高度急性期が89.9%で最も高いという結果でした。

続きまして、2 基準日後における病床数の見通しについてを掲載しております。

グラフの左側が基準日における許可病床数、グラフの右側が基準日後、つまり6年後における病床見込み数です。

各医療機関が自主的に選択した機能の状況をみると、球磨圏域では、高度急性期はゼロに、急性期と慢性期はそれぞれ50床前後減少、回復期においては159床が増加する見込みです。

一方、熊本県計分は、高度急性期、急性期、回復期において、6年後に病床数が増加するとの結果が出ております。

なお、本日別紙で追加しておりますが、熊本県ホームページに、球磨構想区域における医療機能毎の病床の状況が掲載されております。詳細につきましては、ホームページをご覧くださいと思います。

次の52ページをお願いします。入院前の場所・退院先の場所別の入院患者の状況です。

左側のグラフが入院前の場所ですが、すべての病床機能で、家庭からの入院が一番多いという結果が出ております。

なお、高度急性期において、院内の他病棟からの転棟が3割を超えていますが、県全体の2割と比べて比較的高い状況です。

回復期及び慢性期においては、家庭からの入院の割合はそれぞれ5割近くであり、県の割合より高くなっています。

県全体では、家庭からの入院は高度急性期、急性期では7割を超えておりますが、慢性期では、家庭からの入院が35%、院内の他病棟からの転棟が34%、他の病院、診療所からの転院が25%と、入院前の場所にバラつきが見られました。

一方、右側の列には、退院先の場所のグラフが示されています。

高度急性期では院内の他病棟へ転棟が9割と、県全体の23%と比べるとかなり高くなっています。急性期、回復期、慢性期では、県計の状況と同じで、家庭への退院がそれぞれ最多です。

つづいて、53ページをお願いします。4 在宅医療の実施状況についてです。

在宅療養支援病院、在宅医療後方支援病院、在宅療養支援診療所を届け出ている医療機関は、全体の全体の24%にあたる7医療機関でした。県の届出割合の25%とほぼ同じです。

また、診療所のうち、昨年6月の1か月間で在宅医療を実施した診療所は、17%の3診療所でした。ただし、対象18診療所のうち、7診療所は未回答となっております。

退院後に在宅医療を必要とする患者の状況については、在宅医療の必要なしが91%、自院が在宅医療を提供予定が3%、他施設が在宅医療を提供予定が2%、在宅医療の実施予定が不明が4%との結果でした。

次が6 特定入院料等届出病床毎の医療機能についてです。

右側上の棒グラフをご覧ください。地域包括ケア病棟入院料について、病床機能報告マニュアルでは急性期、回復期どちらも選択できることと例示されています。当区域では急性期では地域包括ケア入院医療管理料1が、地域包括ケア病棟入院料については回復期で報告されています。

最後に54ページをお願いします。

有床診療所の病床の役割です。

報告は複数選択となっており、最も多かった回答は、専門医療を担って病院の役割を

補完する機能と緊急時に対応する機能という結果でした。
資料2の説明は以上です。

【岐部議長】

ありがとうございました。

ただ今の事務局からの説明について、御意見、御質問等をお願いします。

【向江委員】

退院後に在宅医療を必要とする患者のところで、必要としない人が91%ということで、ほとんど必要としないんですね。死亡退院を含むとありますが、どれくらいの方が死亡退院で、どれくらいの方が健康に退院されたのかを知りたいです。

【阿南課長補佐】

調査結果のまとめなので、個別の医療機関毎に見ないと分からないので、分析ができていません。報告自体がこのような分類で出されているので、うち死亡数があるかどうかということから確認しなければなりません。

ホームページには結果を載せており、各医療機関の状況はクリックすれば内容は出てきます。確認が必要ですが、本日は資料を持ち合わせていません。

【岐部議長】

他にありますか。

【山田委員】

回復期機能を選択した病院で、病院からではなく在宅から来ている人が県で3割、当圏域では4～5割で、病院から来た人の方が少ない。回復期は急性期を経過した患者を対象としているはずですが、それなのに、何でこのような結果となったのかという原因を知りたい。在宅から急性期を経過している患者を受け入れている病院がないとは言いませんが、そんなに多くないです。

【阿南課長補佐】

地域包括ケア病棟自体が、急変時に対応するという役割を持っています。今回の調整結果では、地域包括ケア病棟入院料2が全て回復期ということで選択されていますので、その影響もあるかもしれません。ただ、これは各医療機関が選択された結果なので、回復期を選択された医療機関の中身を見ていく必要があると思います。考えられるのは、53ページの6の項目の右上の表を見ると、地域包括ケア病棟入院料2が45床ありますが、回復期を選んでいる。もしかしたら、在宅から来ている人を受け入れている場合も考えられるのかな、と考えます。

【山田委員】

そこが現場に混乱を招いている原因だと思うんですが、診療報酬上のものとイコールと考えている可能性があります。あくまでも病床機能ですから、さっき言われた地域医療構想報告書42ページの区分から言えば、在宅から来ている患者さんが急性期にいったら分かるけれど、回復期ということは想定しにくい。そこが現場が混乱している原因のひとつであり、物差しがはっきりしていない。そのへんを徹底しないと、将来の転換と言っても頭の中が整理できない。その辺はどうでしょうか。4つの医療機能という図表43を見ると、回復期に在宅から来るというルートは想定していないと思います。

【阿南課長補佐】

山田先生の御指摘だと、急性期後となっているという意味合いですか。

【山田委員】

その辺の周知をしないといけない。

【阿南課長補佐】

今の御指摘は、在宅から直接受け入れた医療機関は、回復期を選択するのはふさわしく

ないのではないか、急性期を経過した患者さんを受け入れるのが回復期であり、理屈が合わないのではないかという御指摘ですね。整理して国に伝えたいと思います。

【東委員】

先日の県医師会の会議に出席しましても、まだ診療報酬の厚生局の分類とごっちゃにしている人がいて、平成28年度の病床機能報告は、全部が正しくないと思います。徐々に周知されて、2～3年後にようやく現状を示すような結果が出ると思います。第1回を以て回復期が足りない判断するのは早いと感じています。

【阿南課長補佐】

病床機能報告制度は、平成26年度から3回行っておりますので、徐々に改善してきていると思います。厚労省も記載ルールを整える等で対応をしております。ここにいらっしゃるメンバーも御存知かと思いますが、各団体においても一度見直していただければと思います。病床機能報告制度は、このような形で使われます。信用できるデータとして行政が活用できるデータはこれのみです。信用できない、実態を表していないと言われるとそれまでですので、正しい選択をしていただきたいと思います。行政側も医療機関側もお互い良い知恵を出し合って、何が足りないか、意見を国に繋いでいきたいと思いますので、そういった意味ではまだ試行錯誤の段階です。

しかし、過不足の判断をするのは早いという意見については、医療法上のルールですので割り切っていて、御理解いただくしかないと思います。そういった意味では複雑、よく分からないという意見もありますし、我々も分からない部分もありますが、法で位置づけられているので、ひとつひとつ抑えながら進めて行かなければと思っています。引き続き、所属団体の皆様にも周知いただきますようお願いいたします。

【岐部議長】

それぞれの判断の基準が異なっているので、難しいですね。診療報酬と必ずしも合致していないわけです。

他に御質問はございますか。

【木村委員】

51ページの高度急性期の6年後の結果がゼロになっているんですが、これは医療機関からゼロで上がってきたのですか。

【阿南課長補佐】

報告が上がってきて我々も驚いたんですが、間違いですか？データ上ではそうなっているので、集計ミスか、報告ミスかを確認します。先生の記憶になれば間違いだと思いますので、確認致します。

【岐部議長】

質問は後でも受け付けます。

それでは、議題4の地域医療介護総合確保基金（医療分）について、事務局から御説明をお願いします。

4 地域医療介護総合確保基金（医療分）について

資料3

【事務局】

人吉保健所の松村でございます。議題4の地域医療介護総合確保基金、医療分について説明します。

資料3を10分程度で説明させていただきますので、よろしく申し上げます。

資料3をお願いします。

表紙中ほどの枠囲みをご覧ください。

本基金は地域医療構想の達成の推進のための財源ですが、事業の実施にあたっては、

いわゆる医療介護総合確保促進法により、県は県計画を作成し、関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるように努めるものとされています。そのため、今年度の計画等について本調整会議でお示しするものです。

1枚めくっていただき、1ページをご覧ください。本基金と医療計画等との関係でございます。

基金事業を実施する際に作成する県計画は、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針として、国が定める総合確保方針に即して作成することとされており、更に医療計画及びその一部である地域医療構想、また、介護保険事業支援計画との整合性を確保することが求められています。

2ページをご覧ください。

点線の枠囲みに記載されているとおり、団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化連携、在宅医療・介護の推進、医療介護従事者の確保、勤務環境の改善等、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築が急務とされています。

これらの課題に対応するための財源として、平成26年度から消費税増収分を活用した財政支援制度、地域医療介護総合確保基金が創設され、全体の3分の2を国が、3分の1を県が負担しています。

本基金の対象事業は、右下の枠囲みの5つの事業となっており、そのうち、1、2、4が、医療分の対象事業です。

3ページをお願いします。平成26年度から29年度までの本県の県計画の概要をまとめています。

医療計画との整合を図るため、第6次熊本県保健医療計画の基本目標等に沿って策定しています。

なお、本基金の県計画作成では、医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域として、医療介護総合確保区域を設定することとなっています。

平成28年度の県計画までは二次医療圏と同じとしておりましたが、平成29年度からは地域医療構想の開始に伴い、構想区域と同じ10区域としています。

また、各年度の国への要望額及び交付決定額につきましては、表の1番下のとおりです。次の4ページから6ページにかけて、平成28年度の実績等をまとめています。

4ページをご覧ください。1の地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する目標及び2の居宅等における医療の提供に関する目標に対する、各指標の動向は表のとおりで全て上向きとなっています。なお、矢印の白抜きは累計値で見ていく指標、塗りつぶしは、単年ごとの実績値で見ていく指標になります。

次に5ページをご覧ください。4の医療従事者の確保に関する目標のうち、医師及び看護職員に関する目標の達成状況は表のとおりです。

6ページをお願いします。勤務環境改善及び職種間の連携に関する目標の達成状況です。

なお、平成28年度、29年度の個別事業の詳細については、本資料の後ろにA3横の別紙として添付していますので、後ほど御確認いただければと思います。

また、この資料の最後に本構想区域の平成28年度の実績等をまとめています。なお、記載されている指標等は昨年度末に開催された地域保健医療推進協議会で御報告した内容と同様です。

7ページをお願いします。平成29年度の国の予算です。

本基金の医療分の総額はこれまで904億円で、平成29年度も変更はございません。

8ページをお願いします。平成29年度の本県の国への要望状況です。

総額約20億8千万円となっており、事業区分1の地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、いわゆるハード整備事業が約8.1億円で、

総額に占める割合が39.2%、事業区分2の居宅等における医療の提供に関する事業が約1.7億円で8.0%、事業区分4の医療従事者の確保に関する事業が約1.1億円で52.8%となっています。

資料中ほどをご覧ください。国は今年度の配分方針として、総額の約55.5%を事業区分1にあてること、また、標準事業例及び標準単価を設定し、これらに基づいて事業を計上するよう求めています。

この方針に対して、県は4月17日に開催された国ヒアリングにおいて、事業区分1以外の事業である在宅医療や医療従事者確保の必要性を訴えて参りました。

また、本県の要望事業は全て標準事業例に該当すると整理しております。

現在、個別事業について、国との調整を行っており、今後、国からの内示額を踏まえ、平成29年度県計画を策定して参ります。

9ページをお願いします。平成30年度に向けた新規事業提案募集を御説明します。

毎年、次年度の予算要求に向け新規事業提案募集を行っており、各関係団体にもお知らせしましたとおり、今年度も7月1日から31日まで、新規事業の提案を募集しました。

今後、事業化に当たっては、5 事業化に当たっての考え方に沿って検討を進めて参ります。

なお、今年度の新規事業の提案募集は次の10ページに記載しているスキームで実施しました。

11ページに事業提案募集のスケジュールを掲載しています。今後は9月末まで提案者へのヒアリング等を行い、その後地域調整会議への報告等を行いつつ予算化を進め、来年の2月県議会での議決による平成30年度当初予算確定後に提案者へ結果を通知したいと考えております。

最後のページをご覧ください。当該構想区域における関係する県計画（医療分）の目標達成状況等を掲載しています。

概要についてですが、居宅等における医療の提供に関する目標として、医療や介護が必要となっても住み慣れた地域で安心して自分らしく療養生活を送ることができる、が挙げられております。指標としては、在宅療養ネットかচারিの実施市町村数を管内全市町村となっておりますが、現在全ての市町村で設置されており、目標は達成されております。

資料3の説明は以上です。

【岐部議長】

ありがとうございました。

議題4のただ今の説明について、御意見、御質問等ございますか。

質問は議長からもよろしいでしょうか。

この予算が大体20億円とありますが、新規事業の募集の期間が7月1日から7月31日までとなっております、過ぎています。この予算は、新規募集の事業について20億円ですか。

【阿南課長補佐】

全て含めての金額であり、新規事業だけで20億円ではありません。せつくなので資料3・別紙、A3の資料をご覧ください。平成28年度と29年度の事業を区分毎に羅列して示しています。地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業には、県医師会がやっているくまもとメディカルネットワークの整備があり、これは地域医療等地域基盤ネットワーク事業ということで、既存事業はありつつ、他に新規提案はありませんか、というものです。現在18億円程度の事業をしておりますが、当然事業が終了するものもあります。特に今年は地域医療構想を策定した年度でもあり

ますので、地域の視点を入れた所で新規提案を募集しております。従いまして、既存事業の固定的な部分もありますので、狭い部分もありますが、御提案いただいて、提案内容によってはストレートで採用される場合もあります。既存事業と統合するなど、より改善を図り、今後調整していこうと思っています。新規の枠がどれだけあるのはお答えしにくいところです。

【岐部議長】

募集期間をもう少し早く示していただくと良いです。

【阿南課長補佐】

至る所でそのような御指摘をいただいています。手順を踏んで1ヶ月の募集となっておりますが、地域医療介護確保基金も平成26年度に始まって4回目となっておりますので、7月末をリミットに、開始時期をどれだけ前倒しできるかを検討していきたいと思っておりますので、また来年度以降もよろしくお願い致します。

【岐部議長】

ありがとうございました。

それでは、時間も大分過ぎておりますので、質問は最後にまとめてということによりよろしくお願い致します。

次に、議題5について、事務局から説明をお願いします。

5 回復期病床への機能転換施設整備事業について

資料4

【事務局】

人吉保健所の松村でございます。議題5の回復期病床への機能転換施設整備事業、すなわち回復期病床への転換補助金について、説明いたします。

資料4をお願いします。7分程度で説明させていただきますので、よろしくお願い致します。

当該補助金は、2025年の回復期機能の病床数の必要量に対して、平成28年度の病床機能報告の病床機能報告病床数が不足している場合に、回復期病床を確保することを目的に実施するものです。

したがって、当区域は対象区域となります。

まず、2ページに、予算概要を記載しております。総額として、約3億8千9百万円を計上しております。ただし、地域医療介護総合確保基金に係る国の内示状況によって、金額が変動することもございます。

3ページをお願いします。対象事業は、回復期以外の病床から回復期病床への転換を行う医療機関の施設整備事業としており、既存病床数が基準病床数を超えないことを条件に、建築基準法上の新築、増築又は改築に対して補助を行います。

4ページをお願いします。対象経費は、病室、診察室、廊下等の工事費又は工事請負費としています。

5ページをお願いします。負担割合は、県と事業者である医療機関とで2分の1ずつとしており、また、基準額、いわゆる上限額は、1床あたり約390万円です。ただし、工事費がこの金額に満たない場合は、その工事費を、補助金の交付基礎額とし、補助金額はその2分の1となります。

6ページと7ページをお願いします。スケジュールについて記載しております。本日の県調整会議で、制度についての御了解を得たあと、全ての医療機関に7月25日付で発送しましたが、意向調査を行い、希望する医療機関に事業計画書を提出していただきます。地域調整会議では、第1回目で制度周知を行い、第2回目で申請案件の適否の協議を行っていただきます。この協議方法は、のちほど詳細を説明いたします。その後、

県からの内示、内示医療機関からの交付申請、交付決定と進んでいきますが、このスケジュールでは、交付決定後の年度内工期が4か月しか確保できないことから、内示前の工事分、ただし、今年度着手分に限りませんが、内示前分についても補助対象とすることにしています。

8ページをお願いします。当該補助金に係る調整会議の役割について、説明いたします。この補助金は、地域の調整会議において将来の目指すべき医療提供体制を検討していただき、不足が予想される回復期病床へ転換する医療機関を支援するものでありますので、地域調整会議において、その適否を協議していただきます。また、構想区域内から複数の応募がありましたら、その順位付けも併せてお願いしたいと思います。その際、県からは、医療機関の位置図や病床機能報告の結果内容、その他人口分布状況等を提供し、医療機関からは、事業計画についてプレゼンテーションを行っていただきますので、それらを基に判断していただきます。

9ページをお願いします。当該補助金の採択に当たってのルールを説明いたします。事業計画を提出した医療機関が属する構想区域の充足率が低い区域から優先して採択することといたします。

この充足率とは何かと言いますと、10ページに算定式を記載しておりますので、ご覧ください。まず分母には、地域医療構想における病床数の必要量を用います。当該補助金は、地域医療介護総合確保基金という国の財源を含む基金を活用しているため、厚生労働省が定める算定式により求められた病床数の必要量を基準とする必要があります。分子には、直近の病床機能報告における報告病床数を用います。

なお、この算定式による本県の各構想区域の充足率は、11ページの一覧表のとおりとなります。

大変申し訳ありません、9ページにお戻りください。二つ目のポツのとおり、採択に当たっては、原則として、効率的な工事施工を考慮し、病床数単位ではなく、医療機関単位で行うことにしています。

その下のポツですが、構想区域内の優先順位については、さきほども説明したとおり、地域調整会議で付けていただきます。

12ページと13ページまでが採択に関するイメージ図です。先ず12ページですが、A、B、C構想区域からそれぞれ事業計画の提出があった場合、まず、3区域の充足率を比較し、最も低いA構想区域の医療機関から採択します。

次に13ページですが、A区域の医療機関のすべてを採択してしまうのではなく、A区域の2例目に進んだ状況とB区域の充足率をいったん比較して、その結果で優先順位を決めることとしています。この例で言いますと、A区域の2例目に進んだ状況でも、B区域より充足率が低いため、A区域の2例目であるX病院がB区域のY病院よりも優先して採択されることとなります。

最後のページをお願いします。予算執行のイメージとなります。今まで説明したルールに従って事業計画書の提出があった医療機関の優先順位を付けていき、それぞれの実際の工事予定費用と予算額を比較し、予算が足りる場合は全ての医療機関に、予算を超過する場合は、その時点で採択終了になるというものです。

以上で、資料4の説明を終わります。

【岐部議長】

ありがとうございました。

回復期機能病床への施設整備事業について、御意見、御質問等をお願いします。

【東委員】

この補助金について、相談する場合はどこに相談したらよいですか。

【阿南課長補佐】

7月下旬に各医療機関に通知し、8月18日が締め切りだったと思いますが、そこに連絡先を記載しております。医療政策課に御相談くださればと思います。

【山田委員】

充足率ですが、球磨圏域は確かに充足していませんが、圏域の枠でみると8番目が9番目で、かなり採択される確率は低いということになりませんか、というのが一つ。

もう一つは、事前着工を認めていますが、これは補助金が付くという確定ではないと思いますが、補助金がない場合は自前になるということによろしいですか。

【阿南課長補佐】

11ページにありますとおり、0.7607で、熊本県の10構想区域から見ると、比較的高い方で補助が付かないのではという御意見です。平成29年度分予算の事業ということで、今年度着手する分については3億8千万円ということで、約4億円弱ございます。内示状況次第ではありますが、この範囲内で今年やっていくということです。先程申しましたとおり、8月18日までが意向調査なので、その状況を見ないと分からないところです。他の地域が手を挙げてこなくて球磨だけだったならば、優先的に採択されることになります。

もう一点の事前着工の件ですが、既に工事が始まっていて、補助金があるので申請したという場合も想定してまして、事前着工しているからといって優先順位が上がることではありません。その時は予算の範囲内で、上限を超えた場合は補助金が得られず、自前でやっていただくという回答となります。

【山田委員】

工期が4か月とありますが、工期延長は認められるのですか。

【阿南課長補佐】

平成28年度と29年度の予算額を1ページ目に書いておりますが、繰越という制度がございまして、29年度予算の2億4800万円については来年度に跨っても大丈夫です。ただ、28年度の1億4000万円については今年度中に執行しなければならない部分ですので、着工状況等を見ながら、繰り上げを考えていかなければならないということになります。困るのが、みなさんが事業を内示後にししかしない、ということになると、この1億4000万円の行方が怪しくなってくるところです。予算の契約等の関連もありますので、皆様の事業計画を見ながら対策を考えて行かなければと考えております。

【岐部議長】

来年に繰り越すことはできないんですか。

【阿南課長補佐】

国の内示後に確定しますが、少なくとも29年予算の2億4800万については繰り越せます。28年度予算は事故繰越しとなるので、このあたりの制度上の仕組みの関係で繰越ができるかどうかというものが出てくるので、慎重に考えなければなりません。

【岐部議長】

この基金は今後数年続く予定でしょうか。

【阿南課長補佐】

本日、資料3で地域医療確保総合基金（医療分）の説明をしましたが、消費税増収分の一部を活用した事業です。根拠法令が地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律となりますが、この法律に裏付けられた財源ですので、法律が廃止されない限り続くということです。現在全国ベースで904億円となっています。この金額は平成26年度から変わっておりません。今後、金額がどうなるか、消費税が8%から10%へという話もありますが、10%となった時の取扱いは未確定です。

【岐部議長】

疑問に思っていたことですが、充足率の計算式の分子が、直近の病床機能報告における基準日の報告病床数となっているのは非常に問題ではないでしょうか。

【阿南課長補佐】

先ほどお答えした部分ですが、問題を抱えつつ、先生方に出していただいた病床機能報告が公的なデータとなるので、その割合を使わせていただくしかないということです。そのためには今後改善、精度を高めていこうということで、御理解をお願いします。

【岐部議長】

他にございませんか。今までの議題に関する質問でも結構です。

【山田委員】

病床機能報告の精度を高めるための予算はないのでしょうか。というのが、こういった会議に出て意見を聞いていればこういうことだと分かりますが、おそらく現場では、まだ診療報酬上の報告と病床機能報告上の報告がごっちゃにしているところがある。本当は慢性期と報告していたが実は回復期だった、あるいは急性期と報告していても本当は回復期だったということも結構混ざっていると思います。その証拠に、在宅から回復期に来ている人があれだけいるということは、結局この報告自体に信憑性がない、精度が落ちているということになる。その結果に補助金を付けていく、それでしか評価ができない、ということであれば、病床機能報告の精度を高めるために、医師会の努力も必要とは思いますが、研修とか予算づけなどをしていただけないでしょうか。

【阿南課長補佐】

周知啓発についてですが、病床機能報告は10月に送られてきて、おそらく事務の方が対応されていると思いますが、まずはしっかり読んでいただくしかありません。その上で、分かりやすい内容説明については、医師会にも御協力をいただきながら、病床機能報告とはこういうものだ、診療報酬とは結びつかないんだと改めて説明したいと思います。その点は医師会と連携しながらやっていきたいと思います。そういった機会の場について、まだまだ地域医療構想が病床削減じゃないかという誤解もありますので、そうではないということも含めて、機会をとらえて行っていきたいので、引き続き御協力をよろしくをお願いします。

【向江委員】

球磨郡の場合は地域が広いものですから、在宅医療の推進と言われても、往診をするだけで距離があり、在宅をするだけで赤字になる状況です。ただ在宅に行くようにと言われても、田舎の老人の方とか、そういう介護が必要な方は、地方に行けるような体制を作らないといけない。それから、公共交通機関を整備していただいて、なるべく無理なく通院できる体制を含めた所で実施しないと、いくら対策と言われても、球磨郡は対応に苦慮することが多いので、そういうことを含めた政策をしていただければと思いますが、いかがでしょうか。

【阿南課長補佐】

そういった御意見もあると思います。在宅医療は認知症対策・地域ケア対策課が所管しておりますので、いただいた意見を伝えたいと思います。

在宅医療の推進については、本日残念ながら市町村の方は御欠席ですが、市町村が主になっていくということで、まちづくりをどうしていくか、地域のインフレである医療機関、薬局、老健、介護施設が一体となったまちづくりをどう進めて行くかということは重要な取り組みになると思います。前々回の会議でもそういった要望は市町村に直接投げかけられ、今後のまちづくりをどうしていくかといった内容があったかと思います。こういったことを踏まえて、今後のまちづくりは、医療関係者だけで頑張っても成り立たないものですので、地域づくりをどうしていくかという視点も重要になると思います。

効率的な医療体制と共に、暮らしやすい地域づくりをするためには何が必要か、ということについては、市町村財政で重点化すべきでないかということで、また、広域自治体である県、国がどういった財政支援ができるのかといったことを複合的に考えて行かなければならない問題だと思いますので、こういった視点を、まずは身近な市町村に要望することも必要だと思います。是非、そういった取組をしていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

【岐部議長】

本日行政から委員は欠席ですが、傍聴席にいらっしゃる市の職員の方から何かありますか。

意見なし

市長に、内容をお伝えください。重要な会議ですので、と。他にございませんか。

【外山委員】

在宅医療は行政中心で進めるべきだと思うんですが、地域医療構想の大きな柱としても、両方ともネットワークがとても大切です。遠くに患者さんや利用者がいる場合、特にネットワーク、今後は遠隔診療を活用したような在宅医療の展開が進んでいると思うのですが、地域包括ケアを進めるために気になることは、くまもとメディカルネットワークが大きな役割をはたしてくるのではないかということです。現時点で使えるのは、介護の施設同士の連携までだと思います。くまもとメディカルネットワークのスタンスがセキュリティを重視していますから、在宅医療で活用できるような多職種連携を進めるためには、その下にSNS等による他職種間のネットワークづくりが必要になってくると思います。その費用を、先程の予算で捻出されているのかなと思いますが、例えば地域でそういうネットワークづくり、連携できていないところのネットワークを作るための予算というのは、そういった事業でも申請できるのでしょうか。自治体がやるものでしょうか。

【阿南課長補佐】

くまもとメディカルネットワークの活用についてですが、確かに今は医療機関、薬局、地域包括支援センター等の施設間に限られているということで、網目を広げる取り組みをしているところです。現在、人吉球磨地域はモデル圏域として、阿蘇・水俣も含め3圏域を先行地域としてスタートしておりますが、必要性があるということで昨年12月からは全圏域で行っており、主要な医療機関には加入していただいたという実績がございます。そういった部分で、御指摘の部分は良く分かります。いわゆるSNSで、医療施設において患者情報を共有する仕組みをつくり、それを施設外においても見られるようにする仕組みと認識しました。今のところ、基金を使っているものは、施設間の部分を中心に対応しておりますので、在宅でも使うということでタブレットを持たせてくれ、という要望もあるのですが、財源的な余力がないものですから、まずは整備を行おうという第1段階です。その後のことは、関係機関で普及が終わった段階での話となります。限られた財源の中でどれだけ延ばすことができるというのは、今後実施主体の県医師会とも工夫しながら検討していきたいと思いますので、貴重な御意見として話しを持ち帰り、繋ぎたいと思います。引き続き御助言等よろしくお願いいたします。

【岐部議長】

他にありませんか。

【大島委員】

調整会議で協議を行うことについて、病床機能報告での基準日後に変化がある場合に

協議を行うということですが、実績の報告からということであれば、協議を行って欲しくない人は好きな事を書くのではないかと思うんですね。例えば、これから急性期を始めようと思っていても、それを報告しないという選択も出てくるのではないかと思うんです。これは大丈夫かと思っているのですが。

【阿南課長補佐】

地域医療構想の策定後、このようなルールで行きましょうということになっていますが、報告したくないケースが出てくるということでしょうか。

【大島委員】

調整会議で協議をされたくない病院は、正直に報告しないのではないのでしょうか。あくまでも6年後どうなっているかという報告をするということですか。

【阿南課長補佐】

病床機能を転換しようとする医療機関は何らかの信念を持って報告されているという認識です。ただ、そろそろ回復期をしようか、といったときは慎重になっていただきたいということです。先ほど申し上げたとおり、病床機能報告制度は重い制度です。報告をしない場合は、名前を公表するとか、医療上はそういう話もあります。県としてはできる限りそういうことはしたくありませんので、未報告の医療機関に対し電話をして提出をお願いしているところです。虚偽の報告をしていると言われれば、正しい報告をしてくださいとしか言えないところです。

【大島委員】

虚偽は言い過ぎですが、例えば地域包括ケア病棟化しても、行っている医療が回復期の医療なのか急性期の医療なのかは、外から見ると誰にも分かりません。一般病床でも回復期をやっているところもある、急性期をやっているところもある。区別がつかないと思います。報告自体が虚偽になるとも思えない。実質的に6年後は急性期をやっているだろうと思っても、そう書かないという選択肢も必ずしも嘘ではないということになりかねないです。

【阿南課長補佐】

そういうことはあり得ると思います。ただ、実際に機能変換すると判断したときに、報告をいただくこととなります。

【大島委員】

地域包括ケア病棟でやっている医療は、明らかにリハビリばかりをしている人だけではないんですね。入院期間の中でも急性期であったり、途中から回復期になったりしているので、その数がどれだけなのかというのは、はっきり数値化できない。

病棟単位でも、一つの病棟のなかにも色々な患者さんがいますので、たとえば地域包括ケア病床については、病床機能報告は色々な使い方がでてくると厚生労働省も言っていますので、それもどっちなんだと言われても色分けできない可能性があります。だから、変化しなければ何の協議もいないというのであれば、みんな報告制度において変化を書かないのではないかと思います。そういった感想を持ちました。

【阿南課長補佐】

先ほどの山田先生からの御指摘にもつながる話だと思いました。確かに病床機能制度において、病院は病棟単位、有床診療所は施設を一つの病棟と見なすということで、いずれか4つの病床機能の中から決めなければならないということになります。繰り返しますが、病棟の中には色々な病期の状態があり得ます。その中で先生たちは選ばないといけないということです。自分たちが何を担っていらっしゃるのかという部分を判断していただくこととなります。理屈の部分が、行政から細かくこういった場合は何パーセント以上とか、診療報酬上の基準のような形とか、そういう方向になるかもしれません。誰が見ても分かる一定の条件でということであればですが。ただ、その点につい

では、今のところはある意味幅を持った形で医療機関の考えるニーズに応じた対応ができればという仕組みで、ある意味良い制度となっていると思います。後はどこまでするのかどうかという部分はありますが、今はどちらかという方向性にあるかもしれません。ただ、地域包括ケア病棟のような形の、あらゆる病期の方に対応できる病棟の扱いは難しい部分もあり、厚生労働省も病床機能報告制度の中では、どこでも選択できますということになっており、先生方に選んでいただくこととなります。10:1も13:1もどこでも選択できます、ということと同じです。今回、非常に悩ましいということを再確認したところです。

【山田委員】

この地域医療構想調整会議は、将来転換するということに関して調整するのであって、例えば28年度の報告と29年度の報告が変わった、「過剰」になった場合、後ろ向きで調整するものではないということによろしいですか。

例えば、回復期がほぼ99%まで来ていて、次の年の病床機能報告で、ある病院1病棟ごと報告を回復期で挙げてきたときに、100%を超えてしまいます。この場合、その病院について、この会議において調整を求めるということではないんです。そうであれば、回復期をやっているけれど、ここにきてまた説明をしないといけない、ということになる。後ろ向きの調整ではなく将来に向かっての調整であれば、まだ分かるんですが、報告というのはある時点での報告であって、その結果は我々が集まる1年後となる。いつの間にか過剰となっていたということになりますが、それに対して調整をするのでしょうか。

【阿南課長補佐】

資料1の9ページをお願いします。病床機能報告の例を書いています。基準日と基準日後のところですか。パターン1は基準日が高度急性期、6年後も高度急性期をやっている。パターン2は基準日が高度急性期、基準日後が急性期というものです。御指摘の部分は、平成28年度が高度急性期で挙げていて、平成29年度は急性期をやっていたらどうするか、ということだと思います。実は、国でもこの取扱いについては議論が別れているところです。説明を求めたほうが良いのではないかと、そこまでするのか、など議論が続いているところです。

私達のスタンスとしては、機能の変更があったというのは、基準日と基準日後が変わったときだけを機能転換と見なすと整理していますので、去年の基準日が高度急性期、今年が急性期といった場合で、6年後は急性期です、といった時は機能変換しないということになっていますので、その点についての問題点について、国で整理が進んでいると思いますので、状況を見極めていくこととなります。

【山田委員】

心配しているのは、去年と今年で実態が変わったのではなくて、実は前の年度も今年度も実態は一緒だったというときです。解釈が未熟で、実態は変わっていないけれども報告を間違えていた、といことが結構あるんです。

【阿南課長補佐】

確かにそうだと思います。東先生もおっしゃっていましたが、病床機能報告制度が始まって3回実施しましたが、なかなか浸透していない。とりあえず文字面で選択してしまったりとか、ケアレスミスとか、よく考えたら「今まで急性期で報告したけれども回復期だった」というケースもあると思います。今後どれだけ厳しくしていくかということになりますが、緩和期間として取り扱いをしないといけない、そして、分析をしていきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

【岐部議長】

それでは時間もないうので、今日の会議を終わりたいと思います。調整会議は年3回の予定ですので、今後の医療政策全体に力を入れて議論していきたいと思います。ありがとうございました。

それでは、進行を事務局にお返しします。

【事務局（西山次長）】

岐部議長並びに皆様方には大変熱心に御協議いただき、ありがとうございました。

本日御発言できなかったことや新たな御提案などがありましたら、後日ファックスまたはメールでお送りいただければと思います。

特に事務局からも報告はございませんので、以上をもちまして会議を終了させていただきます。本日はありがとうございました。

閉会

(2 1 : 0 0 終了)